

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK 1. - OSEBNI _____ 2. - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika) (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZZS zavarovanja) M - 1 Ž - 2 _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) POŠTA _____ KRAJ _____	4 - DRUŽINSKI ČLAN _____ (priimek) _____ (ime) _____ (datum roj.) _____ 1 - OTROK 2 - ZAKONEC
7 - ZAVEZANEC NAZIV _____ _____ reg. št. _____ šifra dejavnosti _____ zap. št. potrdila	5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD _____ PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV OD _____ DO _____
9 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN _____ DA	6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____	8 - ODLOČBA ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE DO _____
13 - DIAGNOZA _____ šifra diagnoze _____ zunanji vzrok poškodbe _____ prvi dan odsotnosti za diagnozo _____ datum spremembe del. časa _____	10 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN
12 - INVALIDNOST INVALID 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.	

KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika)

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK 1. - OSEBNI _____ 2. - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika) (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZSZS zavarovanja) M - 1 Ž - 2 _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) POŠTA _____ KRAJ _____	4 - DRUŽINSKI ČLAN _____ (priimek) _____ (ime) _____ (datum roj.) _____ 1 - OTROK 2 - ZAKONEC _____
7 - ZAVEZANEC NAZIV _____ _____ reg. št. _____ šifra dejavnosti _____ zap. št. potrdila _____	5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD _____ PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV _____ 6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA
9 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN _____ DA	8 - ODLOČBA ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ DO _____
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____	10 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN 12 - INVALIDNOST INVALID _____ 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat. _____

KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika)

(izpolni delodajalec)

POTRDILO

V letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ je bilo delavcu-ki za _____ ur izplačanih _____ EUR bruto plač in nadomestil *(velja enak princip seštevka zneskov kot za dohodnino)*.

Če bi delavec-ka v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, delal-a, bi znašala:

- urna osnova za delo _____ EUR,
- dejanska mesečna delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni,
- dejanska tedenska delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni,
- delovna obveznost ob sobotah *(datum)* _____ po ur _____, v ostalih dneh tedna z delovno soboto bi delovna obveznost znašala _____ ur,
- povprečna mesečna delovna obveznost _____ ur *(vpis le ob fiksnem obračunu)*.

Datumi delovnih sobot v preteklih 30 delovnih dneh *(izpolniti je potrebno samo ob prvem prehodu izplačila v breme ZZZS)*: _____.

V tekočem letu _____ je bilo v breme delodajalca izplačano nadomestilo plače za zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela za _____ delovnih dni. Nadomestilo za 120. delovni dan je bilo izplačano za dan _____.

žig

Kraj _____ dne _____ (podpis pooblaščenice osebe)

(izpolni DURS)

POTRDILO

Za leto _____ oziroma za mesece _____ leta _____ je skupna osnova za plačilo prispevka za samostojnega zavezanca znašala _____ EUR, in sicer za _____ ur.

Osnova za plačilo prispevka bi za mesec zadržanosti od dela znašala _____ EUR, *(upoštevajte raven osnove za mesec pred nastankom zadržanosti)* za _____ ur.

žig

Kraj _____ dne _____ (podpis pooblaščenice osebe)